

Multimed. Revista Médica. Granma

VERSION ON-LINE: ISSN 1028-4818
RPNS-1853

Multimed 2016; 20(3)

MAYO-JUNIO

ARTÍCULO ORIGINAL

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS. GRANMA
CLÍNICA UNIVERSITARIA DE ESPECIALIDADES
ESTOMATOLÓGICAS GENERAL MANUEL CEDEÑO. BAYAMO

**Tratamiento de oligodoncia de 31 y 41 mediante la
combinación de técnicas Ortodoncias e Implantológicas**
**Oligodontia treatment of 31 and 41 trough the combination of
Orthodontics and Implant techniques**

**Ms.C. Zulema León Aragonese^I, Ms.C. Rene Abel Salso Morell^I, Ms.C. Marcos
Ros Santana^I, Ms.C. Yanireidis Moreno Chala^I, Ms.C. Asdrubal Armesto
Sánchez.^I**

I Clínica Universitaria de Especialidades Estomatológicas General Manuel Cedeño.
Bayamo. Granma, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la oligodoncia es la ausencia congénita de uno o varios dientes, esta constituye una anomalía de número de la formula dentaria que afecta aproximadamente al 4 % de los pacientes, presentándose con mayor frecuencia en el sexo femenino. La misma es causa de afectaciones estéticas y funcionales que repercuten en la integridad biopsicosocial de los individuos.

Presentación del caso: se presenta un caso donde se describe un tratamiento combinado entre las especialidades de Ortodoncia e Implantes para solucionar una oligodoncia de 31 y 41, con persistencia de 71 y 81. Se utilizó una técnica de arco

recto para corregir la convergencia en sentido cérvico apical de las raíces de 32 y 42, lo que imposibilitaba la colocación inicial de los implantes. Fueron colocados dos implantes por vía trans-alveolar marca comercial Nano de 3,2 mm de largo por 13 mm de altura, realizándose una técnica de carga inmediata post extracción. Se rehabilitó mediante coronas cementadas acrílicas. El paciente se mostró conforme con el tratamiento recibido.

Discusión: la técnica de implantes inmediatos se origina por la necesidad de disminuir los tiempos de tratamiento, además de contrarrestar una serie de cambios que se producen en los tejidos.

Conclusiones: la adecuada interrelación y planificación del tratamiento entre las especialidades de Ortodoncia e Implantes garantiza el éxito de la terapéutica implantológica.

Descriptor DeCS: ANODONCIA/terapia; ORTODONCIA; CARGA INMEDIATA DEL IMPLANTE DENTAL.

ABSTRACT

Introduction: oligodontia is the congenital absence of one or more teeth; this is an anomaly of the number of the dental formula that affects approximately 4% of patients, occurring more frequently in females. It is the cause of aesthetic and functional effects that affect the biopsychosocial integrity of individuals.

Case report: it is presented a case where it is described a combined treatment in the specialties of Orthodontics and Implants to work out an oligodontia of 31 and 41, with persistence of 71 and 81. A straight arc technique was used to correct the convergence in the cervico- apical sense of the roots 32 and 42, which prevented the initial placement of the implants. There were placed two implants via trans- alveolar trademark Nano 3.2 mm long by 13 mm high, performing a technique of immediate post extraction loading. It was restored by acrylic cemented crowns. The patient was satisfied with the treatment received.

Discussion: immediate implant technique arises from the need to reduce the treatment times; they also counter a number of changes produced in tissues.

Conclusions: the adequate interrelation and planning of the treatment among the specialties of Orthodontics and Implants guarantee the success of implant therapy.

Subject heading: ANODONTIA/therapy; ORTHODONTICS; IMMEDIATE DENTAL IMPLANT LOADING.

INTRODUCCIÓN

La oligodoncia es la ausencia congénita de uno o varios dientes, esta constituye una anomalía de número de la fórmula dentaria que afecta aproximadamente al 4 % de los pacientes, presentándose con mayor frecuencia en el sexo femenino. La misma es causa de afectaciones estéticas y funcionales que repercuten en la integridad biopsicosocial de los individuos. La palabra Oligodoncia proviene de las voces griego soligo (escaso, poco) y odonto (diente). ¹

Algunos utilizan impropriamente el término anodoncia parcial para definir esta anomalía, pero en realidad la palabra anodoncia significa ausencia total de diente, entidad ésta que se presenta excepcionalmente. ¹

El diagnóstico se establece por el estomatólogo al conocer esta la cronología de la erupción dentaria permanente y observando la demora en el cambio de algún diente temporal así como la ausencia clínica del diente permanente, sospechándose entonces la posibilidad de una oligodoncia. Sin embargo el diagnóstico sólo se puede corroborar con el examen radiológico, diferenciando entre la ausencia real de un diente y la no presencia por aún no estar en periodo de calcificación, o estar retenido. ¹⁻³

Cuando las condiciones son óptimas y se trata al paciente en el momento oportuno, muchas veces se cierran los espacios sin necesidad de utilizar un aparato ortodóncico; si el cierre del espacio no es total se puede obtener mediante la instalación de un aparato removible con algún resorte para cerrar el espacio. Se puede tratar también mediante el método protésico. ³

Los implantes dentales son dispositivos de metal (Titanio) que son colocados dentro del hueso para lograr la correcta retención soporte y estabilidad de las prótesis. Los implantes proporcionan tanto a los profesionales como a los pacientes un medio de reemplazar esos dientes de forma segura y eficaz. Actualmente, en el paciente parcialmente desdentado es posible sustituir una o varias piezas perdidas con las coronas sujetas por implantes sin que ello afecte a la funcionalidad y la estética que le brindaban sus dientes naturales. ⁴

Los Implantes de carga inmediata son los que desde el momento de la implantación se someten al efecto de fuerzas funcionales ya sea por contacto directo con el antagonista o por presión con los alimentos o músculos peribucles. ^{4, 5}

Los implantes post extracción son aquellos que son colocados inmediatamente después de realizada las exodoncias, para lo cual deben insertarse a través del alveolo, siendo una premisa que al menos un tercio de su superficie quede dentro de hueso firme, condición que garantizaría una correcta estabilidad primaria del mismo. ^{6,7}

Se presenta un caso con el objetivo de describir un tratamiento combinado entre las especialidades de Ortodoncia e Implantes para solucionar una oligodoncia de 31 y 41, con persistencia de 71 y 81. Utilizándose una técnica de arco recto para corregir la convergencia en sentido cérvico apical de las raíces de 32 y 42, lo que imposibilitaba la colocación inicial de los implantes.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 23 años de edad con antecedentes de buena salud general que acude a consulta deseando mejorar estéticamente sus dientes anteriores inferiores.

Al examen físico intraoral se detecta persistencia de 71 y 81, presentando ambos desgastes de más de la mitad de la corona, cambio de coloración y movilidad. Se realizó Rx periapical diagnóstico constatándose oligodoncia de 31 y 41.

Se ingresa en la consulta de Implantes con el objetivo de realizar implantes post extracción de carga inmediata y restituir los incisivos inferiores ante la inminente necesidad de extraer los dientes deciduos. Sin embargo al realizar al estudio radiográfico periapical y panorámico se detecta convergencia de las raíces de los incisivos laterales, imposibilitando la colocación inmediata de los implantes al quedar los ápices de los mismos en la zona de inserción de los implantes.

Se interconsulta con Ortodoncia y se diagnostica una distoversión de 32 y 42, decidiéndose su ingreso en la especialidad para buscar un paralelismo entre las raíces, mediante la corrección de las rotaciones existentes, la realización de los movimientos radiculares necesarios en el arco inferior y lograr de esta forma la disponibilidad ósea necesaria para la colocación de los implantes según fue planificado inicialmente.

Se utilizó la técnica de Arco Recto, por ser una técnica universal fija, de acción directa con control de arco dental y coronario, que permite lograr los objetivos planificados

mediante fuerzas ligeras y continuas aportadas por alambres trenzados, redondos, cuadrados y rectangulares.

Se colocaron bandas en primeros molares con tubos en la cara vestibular, brackett en cada diente y dejamos los dientes temporales hasta el momento del acto quirúrgico para mantener el espacio (Fig. 1).



Fig. 1. Tratamiento de Ortodoncia.

Se realizó exodoncia de 71 y 81. Se procedió a la colocación de dos implantes marca comercial Nano Standard de 3,2 mm de diámetro por 13 mm de largo por vía transalveolar, garantizándose que más de la mitad del implante quedara sumergido en hueso firme. No se presentó ninguna complicación, lográndose una buena estabilidad primaria (Fig. 2).



Fig. 2. Implantes colocados post extracción.

Se confeccionaron dos coronas acrílicas, las cuales fueron cementadas con policarboxilato de zinc, previamente se habían rectificado la oclusión y los parámetros estéticos (Fig. 3).



Fig. 3. Rehabilitación concluida.

El paciente se mostró conforme con el tratamiento recibido.

DISCUSIÓN

La técnica de implantes inmediatos se origina por la necesidad de disminuir los tiempos de tratamiento, además de contrarrestar una serie de cambios que se producen en los tejidos dentro de los cuales podemos mencionar: reabsorción ósea tanto vertical como horizontal, cambios en el alto y el espesor del hueso alveolar, cambios en la densidad ósea, colapso gingival; movimientos migratorios de los dientes adyacentes; modificación de la calidad de hueso con menos hueso compacto y formación de médula ósea alveolar.⁸

En cuanto al tipo, cantidad y calidad de tejido óseo disponible, es preferible aplicar esta técnica en densidades óseas D1, D2 y D3 ya que son las que tienen mejor pronóstico al momento de colocar implantes inmediatos. Considerando lo anterior, se logra dar mayor estabilidad al implante porque presentará más cantidad ósea y no habrá fracasos a lo largo de su función por falta de fijación primaria.⁸

CONCLUSIONES

La combinación de las técnicas de rehabilitación mediante implantes de carga inmediata y post extracción en el tratamiento de este tipo de oligodoncia constituye una novedad que solo es posible en un reducido número de pacientes en los cuales se presentan las condiciones idóneas para su desarrollo. En este caso fue posible su desempeño gracias a la reducida longitud de los alveolos de los dientes deciduos lo que permitió que más de la mitad de los implantes quedaran sumergidos en hueso firme garantizándose una adecuada estabilidad primaria del implante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rengifo Alarcón CA, Balazero Razzeto JA, Matta Morales C, Vicente Zamudio EG. Implantes dentales para mejorar la biomecánica y estética de la prótesis parcial removible. Revista Estomatología Herediana. [Revista en Internet]. 2011[consultado 17 de enero de 2015]; 21(1): 116-118. Disponible en: http://www.upch.edu.pe/FAEST/old/publica/2011/vol21_n2/vol21_n2_11_art09.pdf
2. Acuña Priano Carlos A. Agenesia de laterales, implantación con estímulo oclusal inmediato en paciente con poco desarrollo corporal. Gaceta dental: Industria y profesiones. [Revista en Internet] 2013 [consultado 17 de enero de 2015]; 245: 148- 153. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4181280>
3. González Olazábal M, Torres López M, Pestana Lorenzo O, Márquez Rodríguez O. Rehabilitación protésica sobre implantes en paciente con oligodoncia. Gaceta Médica Espirituana. [Revista en Internet] 2013[consultado 17 de enero de 2015]; 15(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212013000100013
4. Bedoya-Rodríguez A, Collo-Quevedo LA, Gordillo-Meléndez L, Yusti-Salazar A, Tamayo-Cardona JA, Pérez-Jaramillo A, Jaramillo-García M. Anomalías dentales en pacientes de ortodoncia de la ciudad de Cali, Colombia. CES Odontología. [Revista

en Internet] 2014 [consultado 17 de enero de 2015]; 17(1). Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-971X2014000100005&script=sci_arttext&tlng=en

5. Vázquez Rojas E, Gómez Aguilar B, Gómez Clemente V, Gómez Legorburu B, Planells del Pozo P. Displasia ectodérmica hipohidrótica. Posibilidades de rehabilitación oral en el paciente infantil. Gaceta dental: Industria y profesiones. [Revista en Internet] 2013 [consultado 17 de enero de 2015]; 253: 120-128. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4514961>
6. Tayfun Gunbay, Banu Özveri Koyuncu, Aylin Sipahi, Hakan Bulut, Mine Dundar. Enfoque multidisciplinario en un paciente con oligodoncia no sindrómica utilizando técnicas quirúrgicas avanzadas. Revista Internacional de Odontología Restauradora & Periodoncia. [Revista en Internet] 2011 [consultado 17 de enero de 2015]; 15(3): 296-305. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3738526>
7. Quiróz J, González D, Ojeda S, Cabanillas P, Kanashiro C, Perona G. Manejo multidisciplinario de oligodoncia no asociado a síndrome. Reporte de caso. Odontología pediátrica. [Revista en Internet] 2013 [consultado 17 de enero de 2015]; 12(2): 146-153. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=721922&indexSearch=ID>
8. García Velásquez AV, Vielma Monserrat JC. Colocación Inmediata de implantes dentales post-extracción. Revisión Bibliográfica. Revista Odontológica de los Andes. [Revista en Internet]. 2012[consultado 17 de enero de 2015]; 7(1): 33-42. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/35682/1/articulo4.pdf>

Recibido: 15 de febrero del 2016.

Aprobado: 19 de marzo del 2016.

Zulema León Aragoneses. Clínica Universitaria de Especialidades Estomatológicas
General Manuel Cedeño. Bayamo. Granma, Cuba.